



Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, Spanje, medisch noodzakelijke zorg, alarmcentrale, aanvullende
ziektekostenverzekering, acupunctuur
Zaaknummer : 201601961
Zittingsdatum : 22 maart 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, EG Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering FNV TandZorg 2 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op spoedeisende zorg in verband met rugproblemen, uit te voeren te Benidorm (Spanje), alsmede op vergoeding van de kosten van behandelingen acupunctuur, uit te voeren te Spanje (hierna: de aanspraak). Bij e-mailberichten van 13 juli 2016 heeft de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de behandeling van de rug als electief wordt aangemerkt, en niet als spoedeisend. Bij e-mailbericht van 15 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van behandelingen acupunctuur, waarbij echter als voorwaarde geldt dat de behandelaar in Nederland moet zijn gevestigd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 15 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich bij klachtenformulier van 24 augustus 2016 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.
- 3.4. Verzoekster heeft de commissie nadien, door middel van diverse e-mailberichten, aanvullende informatie gezonden.

- 3.5. De alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij e-mailbericht van 2 september 2016 nogmaals medegedeeld dat ter zake van de behandeling van de rug sprake is van planbare zorg, en dat hij om die reden geen rol heeft in de kwestie.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 14 september 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 17 september 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailberichten van 30 januari 2017 en 4 februari 2017 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.13. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 15 februari 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.14. Verzoekster heeft op 7 maart 2017 aanvullende informatie aan de commissie overgelegd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.15. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is vanaf 1 januari 2016 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Zij is destijds overstapt vanwege de ruimere aanspraak op vergoeding van behandelingen fysiotherapie die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt, in vergelijking met haar vorige zorgverzekeraar. Verzoekster verblijft circa vijf en een halve maand per jaar in Spanje vanwege het gunstige effect van het warme klimaat op haar botten. Aldaar bewoont zij een gelijkvloerse woning. In Nederland bewoont verzoekster een kleine woning met steile trappen in de stad.

In 2016 zijn tijdens haar verblijf in Spanje rugproblemen ontstaan na een val. Verzoekster kon nauwelijks nog lopen. Bij de spoedeisende hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis (IMED Levante in Benidorm) adviseerde men haar direct een heup- en rugoperatie uit te voeren in verband met botslijtage. Verzoekster wilde dit echter niet; zij was enkel op zoek naar verlichting van de pijn. Bovendien werd zij door een Nederlander ter plaatse gewaarschuwd voor de mogelijke financiële consequenties indien zij de operatie in het ziekenhuis in Benidorm zou laten uitvoeren, aangezien dit ziekenhuis niet is gecontracteerd. Verzoekster heeft hierop het contact met het ziekenhuis in Benidorm verbroken. Zij belandde vervolgens in een onduidelijke situatie, omdat geen sprake meer was van urgentie. Verzoekster is via een bekende bij een traditionele Chinese arts terechtgekomen, die haar behandelingen acupunctuur aanbood in verband met de rugproblemen. Deze arts is zeer kundig, niet alleen op het terrein van acupunctuur, maar ook ter zake van onder meer osteopathie en Tuina.

In verband met de ontstane problematiek heeft verzoekster contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Deze deelde haar mede dat geen sprake was van spoedzorg. Met betrekking tot de acupunctuur werd in eerste instantie aan verzoekster voorgesteld informatie aan te leveren, waaronder een behandelplan, zodat een eventuele aanspraak kon worden beoordeeld. Binnen een dag werd hierop echter teruggekomen en werd aan verzoekster medegedeeld dat de betreffende Chinese arts geen arts is in onze zin des woords en dat de behandelingen acupunctuur enkel voor vergoeding in aanmerking komen indien deze in Nederland worden uitgevoerd. Verzoekster werd verteld dat zij diende terug te keren naar Nederland voor het verkrijgen van de nodige zorg. Dit was echter geen optie, gezien het feit dat lopen bijna niet mogelijk was en zij haar woning in Nederland daarom niet in kon.

Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar enkel algemene informatie heeft verstrekt, en niet specifiek is ingegaan op haar situatie. Zij heeft direct nadat de rugproblemen waren ontstaan en zij zich tot de eerste hulp had gewend, contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en diens alarmcentrale. Deze hebben haar zorgvraag als electief beoordeeld en haar op een dood c.q. zijspoor gezet en haar geen enkele ondersteuning geboden. Verzoekster had van de (alarmcentrale van de) ziektekostenverzekeraar verwacht dat op menselijke wijze met haar werd meegedacht. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zake van de behandeling in het ziekenhuis enkel medegedeeld dat de kosten hiervan dienden te worden voorgeschoten. Dit was geen optie voor verzoekster. Er werd niet uitgezocht welke zorg in Spanje wel zou worden vergoed. Vervolgens werd ter zake van de acupunctuur medegedeeld dat zij diende terug te keren naar Nederland om voor vergoeding van die behandelingen in aanmerking te komen. Ook dit was geen reële optie. Verzoekster is zeer teleurgesteld in de ziektekostenverzekeraar en de gang van zaken.

- 4.2. Verzoekster benadrukt dat zij naast de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, een reisverzekering heeft afgesloten. De reisverzekeraar heeft haar medegedeeld dat geen dekking bestaat voor de onderhavige zorg op basis van de reisverzekering. Verzoekster werd verwezen naar de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Het dossier van de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar is door verzoekster desgevraagd ontvangen, en aan de commissie overgelegd. Bepaalde opmerkingen in het dossier ervaart verzoekster als grof en niet passend. Zij had geen keuze toen zij in Spanje door haar rug ging. De alarmcentrale stelt bij herhaling dat de zorg electief is, hetgeen uitdrukkelijk niet het geval is. Verzoekster heeft de tussenkomst van de alarmcentrale niet als 'hulp' ervaren.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar op de spoedeisende hulp werd medegedeeld dat zij moest worden geopereerd. Zij heeft echter gezegd alleen een foto te willen. De botten van verzoekster zijn dusdanig slecht dat een operatie problematisch is. Zij is dan ook nog steeds niet geopereerd omdat zij dit niet wil. De pijn is inmiddels wel minder. Verzoekster ligt veel en probeert haar lijf gezond te houden. Voorts heeft verzoekster toegelicht dat het haar met name gaat om de opstelling van de ziektekostenverzekeraar. Deze dient meer menselijk te zijn. Binnenkort vertrekt verzoekster weer naar Spanje en zij is bang. De vorige keer moest zij om een EHIC "bedelen". Tot slot heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zich in het kader van de acupunctuurbehandelingen niet mag beroepen op de voorwaarde dat de behandelaar dient

te zijn aangesloten bij een Nederlandse vereniging. De acupunctuurbehandelingen in Spanje kosten ook niet meer dan in Nederland.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een naturaverzekering afgesloten. Dit betekent dat recht bestaat op zorg. De ziektekostenverzekeraar sluit daartoe overeenkomsten met zorgaanbieders. Voor de vergoeding van zorg gelden bepaalde voorwaarden. De Zorgverzekeringswet, de daaronder vallende maatregelen en besluiten en de verzekeringsvoorwaarden zijn van toepassing. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg als men gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Er bestaat dan recht op een door de zorgverzekeraar vast te stellen vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft bepaald dat als een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed.

Op pagina 7 van de verzekeringsvoorwaarden is vermeld dat men recht heeft op een onderzoek of een behandeling als dit *nodig* is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er ook een indicatie zijn. Zoals de wet het omschrijft: een verzekerde moet "redelijkerwijs zijn aangewezen" op de zorg. Die zorg moet bovendien *doelmatig* zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en de zorgbehoefte, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Ook moet sprake zijn van gebruikelijke zorg. Voormelde eisen gelden in Nederland, maar ook als wordt gekozen voor zorg in het buitenland.

Voor medisch-specialistische zorg in het buitenland geldt dat er een zorgvraag moet zijn. Hiermee wordt bedoeld dat een verzekerde een vraag heeft over een operatieve behandeling, of dit op advies of verwijzing van de huisarts of een medisch specialist is. Wanneer wordt gekozen voor een behandeling in het buitenland, kan bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag worden ingediend. Bij die aanvraag dienen een behandelplan en een kostenoverzicht te worden overgelegd. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt dan op basis van de voorwaarden of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Dit is in zekere zin een bescherming van een verzekerde tegen een financieel risico.

Vanaf 1 januari 2012 declareren ziekenhuizen door middel van een zorgproduct (DBC/DOT).

Hierin zijn alle zorgactiviteiten vervat die horen bij een bepaalde diagnose en behandeling. Een zorgproduct wordt altijd achteraf vastgesteld. Voor een operatie in het buitenland kan derhalve pas achteraf het toepasselijke zorgproduct worden bepaald. Aan een zorgproduct is een vergoeding gekoppeld en dit is het bedrag waarop de verzekerde recht heeft. De vergoeding zal nooit hoger zijn dan de vergoeding die in Nederland voor dezelfde zorg wordt verleend.

De European Health Insurance Card (hierna: EHIC) geeft een verzekerde tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland recht op *medisch noodzakelijke zorg*. De EHIC geeft een verzekerde niet het recht naar het buitenland te reizen met het doel daar zorg te krijgen. Staatsziekenhuizen zijn verplicht de EHIC te accepteren, mits de zorg die nodig is voldoet aan de criteria. Privéklinieken hebben deze verplichting niet en zullen de EHIC in het algemeen dan ook niet accepteren.

5.2. Vooropgesteld wordt dat begrip bestaat voor de situatie van verzoekster, en haar keuze voor zorg in het buitenland. Verzoekster is echter in Nederland verzekerd en voor vergoeding van zorg in het buitenland zijn de verzekeringsvoorwaarden van toepassing, ongeacht de persoonlijke en/of medische situatie. De beoordeling door de ziektekostenverzekeraar geschiedt op basis van de voorwaarden.

Verzoekster heeft op 9 juli 2016 contact opgenomen met de alarmcentrale omdat zij was gevallen en daarbij door haar rug was gegaan. Zij had veel pijn. In het ziekenhuis in Spanje is verzoekster pijnbestrijding aangeboden, hetgeen zij heeft geweigerd. Voorts is een foto gemaakt van de rug. De Spaanse arts heeft geconstateerd dat verzoekster ingezakte rugwervels heeft, en heeft een operatie voorgesteld. De ingezakte wervels zijn echter geen gevolg van de val van verzoekster en vereisten ook geen acuut operatief ingrijpen. Ook zouden de heupen van verzoekster niet goed zijn. Hiervoor is eveneens een operatie-indicatie gesteld door de Spaanse arts. De voorgestelde operaties zijn door de medisch adviseur van de alarmcentrale beoordeeld als planbare (electieve)

zorg. De alarmcentrale beoordeelt niet de voorwaarden en het eventuele recht op vergoeding in geval van planbare zorg. Daarom is verzoekster geadviseerd contact op te nemen met de afdeling Machtigingen van de ziektekostenverzekeraar om op die manier navraag te doen naar de mogelijkheid van vergoeding van de geplande zorg.

Op 14 juli 2016 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met een medewerker van de afdeling Machtigingen van de ziektekostenverzekeraar. Met haar is de mogelijkheid besproken om de voorgestelde operaties in Nederland te laten uitvoeren. Verzoekster heeft verklaard dit geen optie te vinden. Vervolgens heeft de medewerker verzoekster uitleg gegeven over de vergoeding van planbare zorg, in het geval zij ervoor zou kiezen de operaties in Spanje te laten plaatsvinden. Overigens heeft verzoekster in het telefoongesprek verklaard op 22 juli 2016 een consult te hebben gepland bij een arts, waarbij de mogelijkheid van een operatie zou worden besproken. Daarbij heeft zij toegelicht de operatie enkel te laten uitvoeren als zij zekerheid had over de vergoeding daarvan. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het niet aan hem is te beoordelen welke zorg verzoekster nodig heeft. Dit is aan de behandelend artsen.

- 5.3. Verzoekster maakt als alternatief voor de pijnbestrijding gebruik van acupunctuur. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat acupunctuur een alternatieve behandelwijze is waarvoor alleen een vergoeding is opgenomen in de aanvullende verzekeringen. De zorgverzekering kent geen dekking voor alternatieve behandelwijzen. In de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding voor alternatieve behandelwijzen opgenomen van 80% van het notabedrag tot maximaal € 600,- per kalenderjaar. Acupunctuur valt onder alternatieve behandelwijzen. Op pagina 53 en 54 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald wanneer een verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van alternatieve behandelwijzen. Aanspraak bestaat op vergoeding van behandelingen acupunctuur indien deze worden uitgevoerd door een behandelaar die als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Daarbij stelt de ziektekostenverzekeraar de eis (pagina 53 van de verzekeringsvoorwaarden) dat alleen de kosten worden vergoed van zorg geleverd in Nederland door een zorgaanbieder of leverancier gevestigd in Nederland. Hoewel begrip bestaat voor de situatie van verzoekster, ziet de ziektekostenverzekeraar ook uit coulanceoverwegingen geen reden om te betalen. De verzekeringsvoorwaarden worden voor iedere verzekerde op dezelfde manier gehanteerd. De ziektekostenverzekeraar maakt daarom geen uitzondering voor verzoekster.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact opgenomen met de reisverzekeraar van verzoekster. Hij kan namelijk enkel beoordelen of de, in de onderhavige situatie planbare, zorg die verzoekster wil ondergaan in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt, en zo ja, hoe hoog die vergoeding is. Als verzoekster een reisverzekering heeft met dekking voor medische kosten, dient zij zelf contact op te nemen met de reisverzekeraar voor informatie over die specifieke dekking.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster voor een spoedeisend consult bij een Spaanse arts is geweest. Er is toen niet voor behandeling gekozen; verzoekster wilde niet worden geopereerd. Daarna werd het geplande zorg, en hiervoor kan een aanvraag worden gedaan. De nota van € 413,08 is de enige die werd ontvangen en deze is vergoed als zijnde spoedzorg. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen uitzondering kan worden gemaakt wat betreft de vergoeding van de acupunctuurbehandelingen. Wellicht biedt de reisverzekering dekking.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 6 tot en met 52 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 31 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg omschreven. Deze passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

WELKE ZORG

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

(…)

WELKE ZORGAANBIEDER

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

(…)

VERWIJZING

*U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts), arts in de jeugdgezondheidszorg of een arts verstandelijk gehandicapt. (...)
Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.*

(…)”

8.4. Op pagina 9 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Deze passage luidt, voor zover hier van belang:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

WELKE ZORG

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg

zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/ EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

(...)

TOESTEMMING

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. (...) Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

ALARMCENTRALE

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op [telefoonnummer]. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

(...)"

- 8.5. Voormelde passages uit de voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op vergoeding van alternatieve behandelwijzen en geneesmiddelen opgenomen. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Alternatieve behandelwijzen en geneesmiddelen

(...)

U krijgt een vergoeding voor consulten, behandelingen, homeopathische en antroposofische geneesmiddelen van 80% tot een maximumbedrag. De vergoedingen voor consulten, behandelingen en geneesmiddelen worden opgeteld tot het vermelde maximumbedrag is bereikt. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

(...)

FNV Zorg

€ 600
(...)

U heeft recht op deze vergoeding als:

- de (individuele) behandeling wordt verricht door een behandelaar die als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door Menzis erkende beroepsvereniging. (...)"

8.9. Artikel 19 van EG Vo. nr. 883/2004 luidt:

"Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is in 2016 enkele maanden in Spanje verbleven. Tijdens dit verblijf zijn na een val rugklachten ontstaan, in verband waarmee zij zich tot een ziekenhuis in Benidorm heeft gewend. De commissie stelt vast dat sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 van EG Vo. nr. 883/2004. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het hier *electieve* zorg betreft wordt, gelet op de geplande duur van het verblijf, verworpen.

Uit het voorgaande volgt dat aanspraak bestond op de noodzakelijke zorg op vertoon van de EHIC en voor zover deze zorg op dat moment viel onder de Spaanse sociale ziektekostenverzekering. Kennelijk is de EHIC niet getoond of niet door het ziekenhuis geaccepteerd. In deze situatie dient de ziektekostenverzekeraar conform artikel 25 van EG Vo. nr. 987/2009 over te gaan tot tarifiering. In dit geval kan tarifiering echter achterwege blijven, aangezien verzoekster de door de Spaanse arts voorgestelde operaties niet heeft laten uitvoeren en de door het Spaanse ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar ingediende nota van de spoedeisende hulp ten bedrage van € 413,08 kennelijk volledig is vergoed.

In het kader van de zorgverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar als eis gesteld dat bij zorg in het buitenland contact moet worden opgenomen met de alarmcentrale. De commissie oordeelt dat indien dit gebeurt, het op de weg van de alarmcentrale ligt de betrokken verzekerde ook te wijzen op zijn aanspraken uit hoofde van de verordening en de in dat kader te volgen procedure. In dit geval is verzoekster enkel medegedeeld dat de zorg niet spoedeisend was - hetgeen uitdrukkelijk iets anders is dan medisch noodzakelijk, gelet op de verwachte duur van het verblijf - en dat daarom voor de alarmcentrale geen rol was weggelegd. Ook de vraag, in het kader van de zorgverzekering, of de Spaanse zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd en of in het andere geval eventueel recht zou bestaan op een restitutievergoeding is ten onrechte niet aan de orde geweest. Aangezien evenwel de voorgestelde operaties niet zijn uitgevoerd, verbindt de commissie hieraan geen gevolgen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van alternatieve behandelwijzen op basis van 80% van de kosten tot maximaal € 600,- per kalenderjaar. Als voorwaarde geldt hierbij dat de behandeling dient te worden uitgevoerd door een behandelaar die als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging.

Vast staat dat acupunctuur valt onder alternatieve geneeswijzen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in Spanje uitgevoerde behandelingen acupunctuur, aangezien de behandelaar in Nederland dient te zijn gevestigd dan wel dient te zijn aangesloten bij een Nederlandse beroepsvereniging. Deze beperking tot Nederland volgt echter niet uit de betreffende passage in de verzekeringsvoorwaarden en treft naar het oordeel van de commissie dan ook geen doel. Wel moet de behandelaar als lid zijn aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging, en hiervan is niet gebleken. Verzoekster heeft in dit kader nog gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zich niet op deze voorwaarden kan beroepen, mede gelet op het feit dat de kosten van de acupunctuurbehandelingen in Spanje niet hoger zijn dan die in Nederland. De commissie merkt dienaangaande op dat de ziektekostenverzekeraar vrij is in het opstellen van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De beperking tot erkende beroepsverenigingen zal niet alleen als achtergrond het tarief hebben, maar mogelijk ook de kwaliteit van de geleverde zorg, hetgeen een te respecteren belang van de ziektekostenverzekeraar is zodat de betreffende beperking verzoekster kan worden tegengeworpen. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandelingen acupunctuur en dat dit onderdeel van het verzoek daarom moet worden afgewezen.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.4. Aangezien de beoordeling door de ziektekostenverzekeraar in het kader van de zorgverzekering en de verordening niet correct althans niet volledig is geweest, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het door haar betaalde entreegeld van € 37,-- dient te vergoeden.

Zeist, 19 april 2017,

A.I.M. van Mierlo